VIII kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Polityki Senioralnej**
(nr 29)
z dnia 12 stycznia 2017 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Polityki Senioralnej (nr 29)

12 stycznia 2017 r.

Komisja Polityki Senioralnej, obradująca pod przewodnictwem poseł **Małgorzaty Zwiercan (WiS)**, przewodniczącej Komisji, rozpatrzyła:

– projekt planu pracy Komisji na okres od 1 stycznia do 30 czerwca 2017 roku,

– informację Ministra Zdrowia na temat wymagań dotyczących standardów usług świadczonych przez podmioty publiczne i prywatne w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych oraz zasad wyceny tych świadczeń przez NFZ,

– informację Ministra Zdrowia na temat opieki paliatywnej i hospicyjnej nad osobami starszymi.

W posiedzeniu udział wzięli: **Piotr Gryza** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Stefan Kołucki** dyrektor Departamentu Polityki Senioralnej Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, **Maciej Szustowicz** wicedyrektor Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Krystyna Łakomska** kierownik Sekcji Opieki Długoterminowej, Paliatywnej, Hospicyjnej i Zaopatrzenia w Wyroby Medyczne Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Maria Nowak** doradca wojewody w Urzędzie Wojewódzkim w Katowicach, **Wiesława Pokropska** krajowy konsultant w dziedzinie medycyny paliatywnej, **Magdalena Kwiatkowska** wojewódzki konsultant w dziedzinie medycyny paliatywnej na Mazowszu, **Aleksandra Ciałkowska-Rysz** prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej, **Jerzy Płókarz** prezes Zarządu Głównego Społecznej Krajowej Sieci Ratunkowej, **Marzena Rudnicka** prezes Krajowego Instytutu Gospodarki Senioralnej wraz ze współpracownikami, **Zbigniew Tomczak** przewodniczący zarządu Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera, **Rafał Krajewski** ekspert Pracodawców RP, dyrektor Fundacji Hospicjum Onkologiczne św. Krzysztofa w Warszawie, ks. **Paweł Śmierzchalski** dyrektor Ośrodka Hospicjum Domowe Niepublicznego Zakładu Opieki Zakładu Zdrowotnej Zgromadzenia Księży Marianów, **Tomasz Dzierżanowski** asystent w Pracowni Medycyny Paliatywnej Katedry Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, kierownik medyczny Ośrodka Hospicjum Domowe Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Zgromadzenia Księży Marianów, **Wojciech Wiśniewski** rzecznik Fundacji Onkologicznej Osób Młodych Alivia, **Marek Wójcik** pełnomocnik Związku Miast Polskich, **Łukasz Salwarowski** prezes Stowarzyszenia Manko, redaktor naczelny „Głosu Seniora" wraz ze współpracownikami, **Teresa Banasiak** prezes Vis Major, **Bogdan Szurmak** przewodniczący Rady Seniorów Dzielnicy Mokotów m. st. Warszawy, **Iwona Kałaska** p.o. przewodnicząca Rady Seniorów Dzielnicy Bemowo m. st. Warszawy wraz ze współpracownikami, **Anna Paradowska** członek Rady Seniorów Dzielnicy Wola m. st. Warszawy, **Maria Godlewska** wiceprezes Uniwersytetu Trzeciego Wieku Woli i Bemowa, **Grażyna Andziak-Ziemińska** słuchaczka Mazowieckiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku oraz prof. dr hab. med. **Katarzyna Wieczorowska-Tobis** i **Rafał Sapuła** – stali doradcy Komisji, **Dominika Górnicka –** asystentka przewodniczącej Komisji.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Anna Czechowska**, **Elżbieta Przybylska** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dzień dobry państwu. Witam wszystkich bardzo serdecznie. Otwieram 29. posiedzenie Komisji Polityki Senioralnej. Stwierdzam przyjęcie protokołu z poprzedniego posiedzenia

Komisji. Na podstawie listy obecności stwierdzam kworum. Witam panie i panów posłów, a także wszystkich pozostałych gości. Witam przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje, w punkcie pierwszym rozpatrzenie projektu planu pracy Komisji na okres od 1 stycznia do 30 czerwca 2017 roku, w punkcie drugim informację Ministra Zdrowia na temat wymagań dotyczących standardów usług świadczonych przez podmioty publiczne i prywatne w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych oraz zasad wyceny tych świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W punkcie trzecim, informację Ministra Zdrowia na temat opieki paliatywnej i hospicyjnej nad osobami starszymi. Czy są pytania do porządku dziennego? Nie słyszę. Stwierdzam zatem przyjęcie porządku dziennego.

Przystępujemy do realizacji porządku dziennego. Państwo posłowie otrzymali plan pracy Komisji Polityki Senioralnej na okres od 1 stycznia do 30 czerwca 2017 roku. Mam pytanie, czy są jakieś uwagi do planu pracy? Ze swej strony mam uwagę dotyczącą liczby porządkowej 3. W lutym w planie pracy mamy trzy punkty. Punkt 2 przełożylibyśmy na luty nadając mu liczbę porządkową 4. Punkt 3 przełożylibyśmy na marzec nadając mu liczbę porządkową 6.

Chciałabym również powiedzieć państwu posłom, że w maju będziemy mieli wyjazdowe posiedzenie Komisji na teren województwa pomorskiego.

Czy są jeszcze jakiekolwiek uwagi do planu pracy? Słucham, panie dyrektorze.

Dyrektor Departamentu Polityki Senioralnej Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej Stefan Kołucki:

Dzień dobry państwu. Mam pytanie odnośnie do punktów 4 i 6, w miejsce których zostały przesunięte poprzednie punkty. Czy pozostają one w porządku?

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Proszę?

Dyrektor departamentu MRPiPS Stefan Kołucki:

Moje pytanie dotyczy punktów 4 i 6, w miejsce których zostały przesunięte punkty 2 i 3. Co się dzieje z punktami 4 i 6? Jako Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, które miało być odpowiedzialne za owe punkty, mamy do nich uwagi.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

W pierwszym półroczu punktów tych po prostu nie będzie.

Dyrektor departamentu MRPiPS Stefan Kołucki:

Dziękuję za wyjaśnienie. Wobec tego mam jeszcze drobną uwagę do punktu 7, do drugiej części dotyczącej informacji Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz Ministra Administracji i Spraw Wewnętrznych na temat działalności placówek zapewniających całodobową opiekę i leczenie osób starszych oraz opracowywania kryteriów kwalifikacji do różnych form opieki. Jako resort rodziny chcielibyśmy skrócić ów podpunkt tylko do informacji Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz Ministra Administracji i Spraw Wewnętrznych na temat działalności placówek zapewniających całodobową opiekę i leczenie osób starszych, bez opracowywania kryteriów kwalifikacji do różnych form opieki, dlatego że prace w tym zakresie nie będą jeszcze w takim stopniu zaawansowania, żeby był sens to prezentować.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dobrze. Czy posłowie mają ewentualne pytania do pana dyrektora w związku z tym punktem? Nie widzę, nie słyszę. W punkcie 7 wykreślamy Ministerstwo Zdrowia, gdyż zostało wpisane przez pomyłkę. Chodzi o osoby przedstawiające informację. Wykreślamy Ministerstwo Zdrowia. Z punktu tego wykreślamy też informację na temat opracowywania kryteriów.

Bardzo proszę, panie przewodniczący.

Poseł Michał Szczerba (PO):

Szanowni państwo, chciałbym zwrócić uwagę na dwie kwestie. W czerwcu w ramach punktu 11 planujemy zająć się raportem, który powstał na wniosek Komisji Polityki Senioralnej jeszcze poprzedniej kadencji. Jest to raport dotyczący sytuacji osób chorych

na chorobę Alzheimera, jak też raport dotyczący wsparcia dla opiekunów takich osób. Jest to jedna rzecz.

Druga sprawa. Zainteresowanym członków Komisji zaproponowałem, na co zgodziło się prezydium, w czerwcu wizytację na oddziale geriatrycznym Szpitala Wolskiego. Jest to jeden z najnowocześniejszych oddziałów geriatrycznych w Polsce, który został utworzony w roku 2015. Myślę, że jest modelowym oddziałem, jeżeli chodzi o funkcjonowanie oddziałów geriatrycznych. W związku z powyższym zachęcam państwa, żebyście zaplanowali taką wizytację w czerwcu w swoich kalendarzach poselskich. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Czy są jeszcze jakieś pytania bądź uwagi? Nie widzę zgłoszeń. Stwierdzam zatem, że Komisja uchwaliła plan pracy na pierwsze półrocze bieżącego roku.

Przechodzimy do realizacji drugiego punktu porządku posiedzenia Komisji. Proszę o zabranie głosu pana ministra Piotra Gryzę. Pan minister przedstawi informację na temat wymagań dotyczących standardów usług świadczonych przez podmioty publiczne i prywatne w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych oraz zasad wyceny tych świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Po przedstawieniu owej informacji poproszę pana ministra o informację na temat opieki paliatywnej i hospicyjnej nad osobami starszymi. Po tych dwóch informacjach przejdziemy do dyskusji. Bardzo proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Piotr Gryza:

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, Komisja dostała w miarę szczegółowe materiały dotyczące tych dwóch zagadnień. Teraz chcielibyśmy pokrótce powiedzieć coś na temat owych materiałów. Jeżeli pani przewodnicząca pozwoli, o skróconą informację poproszę panią dyrektor.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Bardzo proszę, pani dyrektor.

Dyrektor Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego MZ Sylwia Lis:

Dziękuję bardzo. Pani przewodnicząca, szanowni państwo, pierwsza z przedstawionych informacji odnosi się do wymagań dotyczących standardów usług świadczonych w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych. Przede wszystkim należy powiedzieć, że świadczeniobiorcy mają prawo do świadczeń gwarantowanych, które są określone w ustawie. Zgodnie z ustawą zostały one zakwalifikowane do tzw. świadczeń koszykowych. Do świadczeń gwarantowanych należą również świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Chciałabym zauważyć jaki jest zakres świadczeń, które przysługują pacjentom i są realizowane w zakładach opiekuńczych. Obejmują one świadczenia realizowane przez lekarza, świadczenia realizowane przez pielęgniarkę, rehabilitację ogólną, świadczenia psychologa, terapię zajęciową, leczenie farmakologiczne, leczenie dietetyczne, zaopatrzenie w wyroby medyczne, edukację zdrowotną oraz nieodpłatne badania diagnostyczne i leki, które są niezbędne w procesie diagnostycznym.

Jeżeli chodzi o leczenie we wspomnianych zakładach, należy zauważyć, że do leczenia w zakładach kwalifikują się pacjenci, którzy ze względu na stan zdrowia wymagają całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacji oraz kontynuacji leczenia, a nie wymagają hospitalizacji w szpitalu. Jednocześnie warunkiem kwalifikacji pacjenta do świadczeń realizowanych w zakładzie jest uzyskanie w skali Barthel czterdziestu lub mniej punktów. Skala Barthel nie dotyczy pacjentów, u których głównym powodem hospitalizacji jest choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie. Nie dotyczy ona również dzieci, ale jak rozumiem, nie jest to przedmiotem zainteresowania Komisji w tym momencie.

Jeżeli chodzi o to, jakie są warunki realizacji świadczeń gwarantowanych, dokładnie określa to rozporządzenie koszykowe. Do informacji włączyliśmy załącznik z rozporządzenia, w którym jest dokładnie opisane, jaki jest personel, jakie są warunki lokalowe, jakie są warunki sprzętowe niezbędne do tego, żeby móc przystąpić do konkursu na realizację świadczeń w tym zakresie.

Powiem pokrótce na temat zasad finansowania świadczeń. Wyliczyliśmy, w jakich zakresach Narodowy Fundusz Zdrowia kontraktuje świadczenia. Są to świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie. Drugi zakres obejmuje dzieci wentylowane. Potem mamy świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym. Tutaj dzieci również są kontraktowane osobno.

Świadczenia są rozliczane. Jednostkę rozliczeniową stanowi osobodzień. Osobodzień w zależności od ciężkości stanu pacjenta jest korygowany współczynnikami. Zależy to od tego, czy skala Barthel jest niższa. Jeżeli pacjent praktycznie jest niesamodzielny, jeżeli jest np. żywiony dojelitowo lub pozajelitowo, współczynniki oczywiście są wyższe.

Niezależnie do współczynników, które określa prezes, jeżeli chodzi o opiekę w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, jak też ogólne zasady taryfikacji świadczeń, wcześniej stawki w całości były wyliczane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a teraz mamy Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, która w procesie taryfikacji określa wartości względne osobodnia. Dołączyliśmy tutaj dane na ten temat. Podaliśmy również stawki, ponieważ wartość, jaką proponuje Narodowy Fundusz Zdrowia, to jedno, natomiast cena jest przedmiotem negocjacji pomiędzy świadczeniodawcą a Narodowym Funduszem Zdrowia. W związku z tym ceny w kraju nie są ujednolicone. Podaliśmy średnie ceny w tym zakresie dla całego kraju.

Jeżeli chodzi o nowe rzeczy, chociaż niekoniecznie jest to związane z polityką senioralną, od dnia 1 stycznia 2017 roku osobno dodaliśmy współczynnik dla zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych opiekujących się chorymi na AIDS. Są dwa takie zakłady w całej Polsce. Współczynnik dla takich chorych będzie wynosił 1,5.

Jeżeli chodzi o opiekę paliatywną i hospicyjną, oczywiście jest tutaj kwestia tego, że opieka paliatywna i hospicyjna nie jest kierowana wyłącznie do osób starszych, aczkolwiek z danych konsultanta krajowego wynika, że około 61% osób objętych opieką paliatywną są to osoby powyżej sześćdziesiątego piątego roku życia. Jak podaje pani konsultant, opieką paliatywną rocznie obejmuje się około 100 tys. osób.

Zgodnie z definicją, opieka paliatywna jest ukierunkowana na poprawę jakości życia. Ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzanie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych.

Jeżeli chodzi o świadczenia gwarantowane w zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, mamy tutaj rozróżnienie. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, a więc zgodnie z tzw. koszykiem w tym zakresie świadczenia przysługują osobom, które mają stwierdzone choroby określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia. W materiale przygotowanym dla państwa wyjustowaliśmy owe choroby. Jest to HIV, są to nowotwory, są to następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego, są to układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy, są to kardiomiopatie, niewydolność oddechowa i owrzodzenia odleżynowe.

Jeżeli chodzi o to, w jakich warunkach są realizowane owe świadczenia, mamy tutaj podział na opiekę stacjonarną, domową i ambulatoryjną. Świadczenia realizowane w warunkach stacjonarnych dotyczą przede wszystkim hospicjum stacjonarnego albo oddziału medycyny paliatywnej. Są to świadczenia, które są udzielane przez lekarzy oraz pielęgniarki. Wchodzi w to leczenie farmakologiczne, a przede wszystkim leczenie bólu. To samo dotyczy świadczeń w warunkach domowych, ponieważ obejmują one świadczenia udzielane przez lekarzy, jak również obejmują świadczenia udzielane przez pielęgniarki, leczenie bólu oraz rehabilitację, pracę z psychologiem, pracę z rodziną, a więc dosyć rozległy zakres świadczeń. Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach ambulatoryjnych związane są z poradniami medycyny paliatywnej.

Jeżeli chodzi o wycenę, mamy taką samą sytuację jak w zakładach pielęgnacyjno-leczniczych. Mamy taryfy określone przez agencję. Mamy taryfę z dnia 29 czerwca 2016 roku. Taryfa ta obowiązuje od dnia 1 stycznia 2017 roku. Punktem odniesienia dla taryfy jest świadczenie w hospicjum domowym, które zostało określone jako wartość referencyjna dla innych świadczeń. Jest to 1 punkt. Jeżeli chodzi o świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej, jednostkę też stanowi osobodzień. Jego wartość wynosi 6,10 punktu. War-

tość osobodnia w hospicjum domowym wynosi 1,60 punktu. Wartość porady w poradni medycyny paliatywnej wynosi 0,99 punktu.

Pokrótce przedstawiłam materiał. Myślę, że możemy zacząć dyskusję. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, za przedstawienie informacji. Otwieram dyskusję. Czy ktoś z państwa chciałby zabrać głos? Bardzo proszę. Proszę się też przedstawiać.

Członek Rady Seniorów Dzielnicy Wola m. st. Warszawy Anna Paradowska:

Anna Paradowska. Przedstawiciel Wolskiej Rady Seniorów z Warszawy.

Chciałabym odnieść się do informacji na temat opieki paliatywnej i hospicyjnej nad osobami starszymi. Jak pani słusznie zauważyła, materiał ten dotyczy wszystkich chorych. W zasadzie o osobach starszych jest tylko wzmianka statystyczna. Jest adnotacja, że osoby te najczęściej wymagają specjalistycznej opieki pielęgniarskiej. Chodzi mi o to, czy w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, które będzie modyfikowane, w ogóle przewiduje się jakieś rozwiązania, preferencje dla osób starszych. Materiał ten równie dobrze mógłby mieć tytuł bez wzmianki o osobach starszych. W tej chwili właściwie nie ma tu różnic. Nie twierdzę, że powinno się to rozróżniać, nie twierdzę, że powinny być jakieś preferencje, trzeba natomiast wyraźnie określić, czy tak czy nie.

Właściwie widzę preferencje dla samotnych osób starszych. Są osoby starsze całkowicie samotne, np. owdowiałe, które często cierpią na zaburzenia pamięci i depresję. Osoby te w ogóle nie zwracają się do lekarza. W zasadzie powinny podlegać opiece, ale skoro nie zwracają się do lekarza, w ogóle się nie pokazują, tylko cierpią i umierają w domu – często taki człowiek jest znajdowany dopiero po kilku dniach – uważam, że powinny być wypracowane jakieś formy zainteresowania się taką kategorią osób. Można rozważać różne propozycje. W zakładach podstawowej opieki zdrowotnej, gdzie są listy pacjentów przypisanych do lekarza, powinna być np. lista osób starszych. Przynajmniej raz powinien być zrobiony z takimi osobami wywiad środowiskowy, czy są samotne, na co cierpią. Jeżeli taka osoba w ogóle nie pokazuje się przez dłuższy czas u lekarza, powinno się zainteresować, co się z nią dzieje. Na liście powinno się umieścić adnotacje, czy dana osoba rzeczywiście wymaga sprawdzania, powiedzmy, co kwartał przez pielęgniarkę, co się z nią dzieje, czy nie. Uważam, że powinno to być rozważone.

Mam też uwagi do punktu dotyczącego leczenia bólu. Na str. 4 jest wzmianka o tym, że będą zmiany w rozporządzeniu Ministra Zdrowia dotyczące leczenia bólu. Ma być wykreślony punkt, że będzie się przy tym kierować wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia. Polska jest członkiem Światowej Organizacji Zdrowia. To, że daje się silniejsze leki i że jest to bardziej wskazane, niż to, co znajduje się w wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia, jest bardzo przekonywujące. W uzasadnieniu rzeczywiście brzmi to bardzo dobrze, natomiast w rozporządzeniu nie będzie uzasadnienia. W tym momencie mogą się pojawić wątpliwości, czy nie zacznie się stosować słabszych leków, wtedy kiedy powinny być stosowane silniejsze. Może być takie niebezpieczeństwo. Poza tym jeżeli mówi się o wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia, to jest to jakiś dokument. Jeżeli natomiast mówi się o wskazaniach najnowszej wiedzy – jest tutaj użyte takie słowo – to do czego odnieść wskazania? Powinien istnieć jakiś dokument, na podstawie którego można powiedzieć, że leczenie dobywa się zgodnie ze wskazaniami sformułowanymi w danym dokumencie.

Jeżeli Polska jako członek Światowej Organizacji Zdrowia uważa, że materiał jest przestarzały, w niektórych przypadkach nieadekwatny, to według mnie na posiedzeniu Światowej Organizacji Zdrowia powinna się zwrócić ze swoimi sugestiami. Myślę, że trzeba to jakoś rozwiązać, np. wprowadzić to, co państwo proponują, a więc zapis „zgodnie z wiedzą medyczną i środkami, które są dopuszczalne na terenie Polski". Można też np. dopisać, że z uwzględnieniem zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia, przy czym w niektórych jednostkach chorobowych dopuszczalne jest stosowanie leków silniejszych. Chodzi o to, żeby jednocześnie ująć wszystkie trzy punkty dając sobie drogę do tego, żeby stosować silniejsze leki, a równocześnie nie wyrzucać Światowej Organizacji Zdrowia, żeby nie dopuszczać do tego, że w sytuacji kiedy będą potrzebne silne leki, zastosuje się słabsze leki.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pan.

Asystent w Pracowni Medycyny Paliatywnej Katedry Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, kierownik medyczny Ośrodka Hospicjum Domowe Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Zgromadzenia Księży Marianów Tomasz Dzierżanowski:

Tomasz Dzierżanowski. Pracownia Medycyny Paliatywnej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi. Hospicjum Domowe Księży Marianów w Warszawie.

Odniosę się do dwóch wypowiedzi. Obydwie wynikają z niezrozumienia. Dlaczego? Po pierwsze, kwalifikacja do opieki paliatywnej wymaga dwóch rzeczy. Po pierwsze, musi to być przewlekła postępująca nieuleczalna choroba. Po drugie, muszą być z tym związane objawy. To, że w starym rozporządzeniu ministra z 2013 roku jest wykaz kilku jednostek chorobowych, w tym cały wykaz chorób nowotworowych i pojedyncze inne stany, wynika po prostu z niezastosowania się do aktualnej wiedzy oraz rekomendacji światowych, kto powinien być tym objęty. Kwalifikacji nie stanowią zaburzenia pamięci. Opieka paliatywna nie zajmie się tym… Muszę skończyć swoją wypowiedź. Ja nie przerywałem. Na pewno to nie jest ten kierunek.

Zgadzam się natomiast z panią, że taki pacjent powinien znajdować się w szczególnym zainteresowaniu lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Zdecydowanie powinno tak być. Nigdy nikt nie zastąpi tegoż lekarza. Opieka paliatywna jest świadczeniem specjalistycznym kierowanym między innymi do tej części seniorów, którzy mają śmiertelną chorobę, w związku z którą wymagana jest szczególna opieka zarówno lekarska, jak też pielęgnacyjna, w tym np. leczenie ran odleżynowych, niezwykle ważna opieka psychologiczna, oczywiście też opieka duchowa i opieka socjalna.

Teraz odniosę się do drugiego wniosku. Zaproponowana zmiana jest bardzo dobra, ponieważ nie wiem, czy pani wie, że tzw. wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia powstały w 1982 roku. W 1986 roku zostały one opublikowane przez Światową Organizację Zdrowia. Od tej pory Światowa Organizacja Zdrowia nie popełniła żadnego dokumentu. Jestem lekarzem. Nie leczymy na podstawie starego dokumentu. Wiedza poszła daleko, daleko do przodu. Jest zupełnie odwrotnie niż pani mówi. Gdybyśmy stosowali się do zasad Światowej Organizacji Zdrowia opublikowanych w dokumencie „Cancer Pain Relief", najpierw musielibyśmy zacząć od paracetamolu. Potem kiedy boli, to kodeina, która jest już absolutnie niestosowana. Kiedy dalej boli, to silne opioidy. Teraz już tak nie leczymy. Jeżeli u pacjenta jest bardzo silny ból, od razu zaczynamy od silnych opioidów, od morfiny, od fentanylu, od najsilniejszych leków, oczywiście stopniowo je zwiększając. Gdybyśmy to zostawili, w tej chwili byłby to absolutny nonsens, gdyż trzeba by było leczyć nieoptymalnie, niezgodnie z aktualnymi wytycznymi. Aktualne wytyczne są to wytyczne takich światowych organizacji jak EAPC – najważniejszej organizacji, czyli Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej – bądź ESMO Europejskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej. Wytyczne te zostały opublikowane w 2012 roku.

Powiem jeszcze tylko, dlaczego tak jest. Dlatego że zasady opublikowane przez Światową Organizację Zdrowia w 1982 roku zostały opracowane przez jedenastu specjalistów wyłącznie jako opinia ekspercka. W 1982 roku były tylko trzy badania kliniczne z morfiną. Na świecie nie było, proszę państwa, żadnych badań klinicznych. W tej chwili mamy takie badania, mamy ich sporo nawet u pacjentów umierających. Oczywiście nigdy nie będziemy mieli takiej wiedzy, jak w innych dziedzinach. To, co zostało tutaj zaproponowane, absolutnie zostało zaproponowane przez ekspertów lekarzy. Jest to niekwestionowany postęp, żeby właśnie nie było barier w dostępie do leków.

Akurat zajmuję się barierami w dostępie do leków. Raport w tym zakresie przedłożyłem ministerstwu, panu ministrowi Krzysztofowi Łandzie, który był obecny na naszym Forum Medycyny Paliatywnej w listopadzie ubiegłego roku. Raport określający jakie są bariery, jest dostępny. Oczywiście mogę go przesłać. Między innymi jest to właśnie zniesienie barier. Wnosimy o zniesienie barier. Po to, żeby był postęp w pracach w tym zakresie, musi nastąpić zniesienie tzw. recepty Rpw. Tak długo jak takie recepty będą, seniorzy nie otrzymają właściwego leczenia. Lekarz rodzinny będzie się tłumaczył, że nie ma takich recept, że nie może ich mieć. Oczywiście ma obowiązek je posiadać.

Po co są takie recepty w chwili obecnej? Tak naprawdę po nic. Chodziło o te dwa zapisy. Dziękuję bardzo.

Członek Rady Seniorów Dzielnicy Wola m. st. Warszawy Anna Paradowska:

Króciutko odpowiem.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Przepraszam bardzo. Państwo nie prowadzą dyskusji pomiędzy sobą. Bardzo proszę o zadawanie pytań przedstawicielom Ministerstwa Zdrowia, odnoszenie się do punktów, które zostały przedstawione. Bardzo proszę.

Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej Aleksandra Ciałkowska-Rysz:

Aleksandra Ciałkowska-Rysz. Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej.

Chciałabym się odnieść do wyceny Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz zastosowania tego w praktyce. Wiemy, że przez wiele, wiele lat opieka paliatywna była bardzo mocno niedofinansowana. W zasadzie dwa lata temu na wniosek sejmowej Komisji Zdrowia doszło do tego, że świadczenia te jako jedne z pierwszych świadczeń zostały poddane taryfikacji. Efektem taryfikacji jest wniosek agencji o podwyższenie wartości.

Wydaje się nam, że jesteśmy w państwie, gdzie jest jedno prawo. Nie powinno być różnic pomiędzy województwami. Skoro zostały podane stawki, powinny one obowiązywać w każdym z województw. Natomiast jak państwo możecie zobaczyć w dokumencie, w planach Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2017 w niektórych województwach nie uwzględniono potrzeby podwyższenia świadczeń. Wiem, że w tej chwili ministerstwo jeszcze nie ma danych, dlatego że jest początek roku. Niemniej mamy już informacje z niektórych województw, np. z województwa dolnośląskiego. Mamy tutaj wielu przedstawicieli województwa mazowieckiego, którzy mogą powiedzieć, jak to wygląda. Po prostu Narodowy Fundusz Zdrowia nie zastosował się do wytycznych, które zostały tutaj zawarte, a wydaje się nam, że jest to dokument wiążący. Prawo jest takie, że jeżeli pacjent mieszka w jednym województwie, powinien mieć taki sam dostęp do opieki paliatywnej jak w innym województwie.

Nie wiem, czy któryś z państwa posłów mieszka w województwie zachodniopomorskim. Województwo to jest szczególnie pokrzywdzone. Tam po prostu sytuacja jest tragiczna, dlatego że do tej pory, do roku 2016 wydatki były o połowę mniejsze niż w innych województwach. Jak widać, plan Narodowego Funduszu Zdrowia dla województwa zachodniopomorskiego nie uwzględnia tego, pomimo tego że całe środowisko medycyny paliatywnej, konsultant krajowy, wszyscy postulowali, że należy wyrównywać różnice pomiędzy poszczególnymi województwami. W tej chwili mamy duży problem, ponieważ dostęp jest różny. Oczywiście większość pacjentów, którymi się zajmujemy, są to seniorzy. Ponad 60% dorosłych pacjentów trafiających do nas są to pacjenci po sześćdziesiątym piątym roku życia. Gdybyśmy zaczęli liczyć od sześćdziesiątego roku życia, byłoby to trzy czwarte pacjentów. Generalnie mówiąc o opiece paliatywnej, mówimy o opiece paliatywnej dla osób w wieku starszym.

Problem polega na tym, że jeżeli pacjent mieszka w jednym województwie, ma zupełnie inny dostęp do opieki niż w drugim województwie, a różnica nie jest minimalna, tylko stuprocentowa np. pomiędzy województwem wielkopolskim a województwem zachodniopomorskim. Nakłady finansowe są tam dwa razy większe w przeliczeniu na jednego mieszkańca.

Myślę, że korzystając z okazji, że jest tu jakieś gremium, należałoby coś zrobić w kierunku poprawy sytuacji pacjentów, którzy mieszkają w tych województwach, gdzie są małe nakłady. Należałoby zadać pytanie. Skoro jest wycena agencji, to jak to jest możliwe, iż Narodowy Fundusz Zdrowia w niektórych województwach nie zastosował się do tego? Sami wiemy, że zostało to pokazane w dokumencie ministerialnym. Widzimy, że w niektórych województwach jest też na to zabezpieczony fundusz, dlatego że w planie Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2017 znajdują się takie pieniądze. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pan.

Rzecznik Fundacji Onkologicznej Osób Młodych Alivia Wojciech Wiśniewski:

Dzień dobry. Wojciech Wiśniewski. Fundacja Onkologiczna Alivia.

Pięknie dziękuję Komisji, że zajęła się tak istotnym tematem. Z naszej perspektywy temat ten jest również bardzo istotny ze względu na rosnącą liczbę pacjentów zmagających się z chorobami nowotworowymi. Na pewnym etapie wielu z nich będzie musiało skorzystać z opieki hospicyjnej lub medycyny paliatywnej. Nie jestem ekspertem w tej dziedzinie, więc nie będę starał się wymyślić ognia. Niemniej przedstawicielom resortu zdrowia chciałbym zwrócić uwagę na trzy rzeczy, w zasadzie na dwie. W jednej sprawie chciałbym zwrócić się i do przedstawicieli ministerstwa, i do przedstawicieli środowiska.

W związku z tym, że Ministerstwo Zdrowia pracuje nad nowelizacją koszyka świadczeń gwarantowanych, mamy przyjemność uczestniczyć w pracach nad dwoma świadczeniami. Chodzi o pacjentki z rakiem piersi i rakiem jajnika. Chcielibyśmy poprosić ministerstwo, żeby w toku prac nie zapomniało o konieczności dostępu do opieki paliatywnej i hospicyjnej w ramach kompleksowej opieki, żeby była to część świadczeń. Zdajemy sobie sprawę, że nowelizacja koszyka świadczeń gwarantowanych to bardzo dużo pracy. Nie chcielibyśmy, żeby w przypadku kompleksowej opieki zabrakło owej dziedziny. To po pierwsze.

Po drugie, chcielibyśmy zapytać, czy rozważacie państwo, oczywiście w jakiejś dającej się przewidzieć przyszłości, wprowadzenie certyfikacji bądź akredytacji ośrodków np. przez towarzystwo naukowe w porozumieniu z Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Wydaje się, że powinniśmy już przejść do dyskusji nad jakością opieki, a nie tylko o dostępności, chociaż jak wiemy, z dostępnością też nie jest różowo. Chcielibyśmy więc poprosić o to, żebyście państwo zastanowili się, czy nie warto by było wdrożyć tego typu rozwiązań.

Trzecia rzecz to pytanie i do przedstawicieli resortu, i do przedstawicieli środowiska. Do Sejmu Rzeczypospolitej trafił projekt nowelizacji ustawy o świadczeniach tzw. pakietu onkologicznego. W obecnym kształcie tego dokument pojawił się zapis dotyczący możliwości – zaznaczam, że jest to możliwość – publikacji w formie obwieszczenia Ministra Zdrowia standardów postępowania terapeutycznego. Trochę nie wyobrażam sobie, żeby w przypadku dziedziny, o której dzisiaj rozmawiamy, standardy nie zostały opracowane. Dlatego chciałbym powiedzieć, że w toku prac nad nowelizacją pakietu onkologicznego, która, mam nadzieję, w końcu stanie na posiedzeniu sejmowej Komisji Zdrowia, będziemy postulować, żeby Minister Zdrowia nie mógł określić, tylko określił w drodze obwieszczenia standardy postępowania. Chciałbym tutaj uśmiechnąć się i poprosić przedstawicieli środowiska medycznego, żeby aktywnie uczestniczyli we wspomnianych pracach, dlatego że państwa uczestnictwo jest gwarantem wysokiej jakości dokumentu, który, mam nadzieję, w przyszłości powstanie. Pięknie dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Czy jeszcze ktoś z państwa chciałby zabrać głos? Bardzo proszę.

Prezes Zarządu Głównego Społecznej Krajowej Sieci Ratunkowej Jerzy Płókarz:

Jerzy Płókarz. Krajowy Sztab Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej.

Mam pytanie i prośbę do pana ministra. Wiem, że następują zmiany regulacji w zakresie unormowania w przepisach zasad dotyczących leczenia bólu. Do tej pory przepisy obejmowały ten problem bardzo ogólnie. Teraz następuje uszczegółowienie, nazwanie problemu po imieniu. Chociaż problem dotyczy całości społeczeństwa, w tym również seniorów – podobnie jak większość problemów – myślę, że przy okazji warto by było tutaj to powiedzieć, żeby informacja ta za pośrednictwem organizacji społecznych trafiła do środowiska. W naszej ocenie jest to dosyć istotny element poprawiający świadomość pacjentów, którzy mogą domagać się leczenia bólu, jak też odpowiedniej jakości obsługi przez lekarzy, przez placówki zdrowia. Chodzi także o komfort psychiczny pacjentów, że ból jest schorzeniem, które nie będzie lekceważone. Do tej pory trochę panowało takie przekonanie wśród starszych osób. Uważam to za bardzo dobry znak, że resort zdrowia obecnie dostrzegł problem i postanowił jednoznacznie nazwać go po imieniu. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Pani profesor, a potem pan doktor.

Stały doradca Komisji prof. dr hab. med. Katarzyna Wieczorowska-Tabis:

Katarzyna Wieczorowska-Tabis. Jestem stałym doradcą Komisji. Prowadzę Katedrę i Klinikę Medycyny Paliatywnej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

Panie ministrze, chciałabym zapytać o dwie sprawy dotyczące opieki paliatywnej i hospicyjnej. Czy państwo planujecie zniesienie limitów odnośnie do objęcia opieką paliatywną pacjentów w ramach hospicjów domowych? U nas kolejki wynoszą mniej więcej cztery tygodnie, co oznacza, że część pacjentów kierowanych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej tak naprawdę nie ma szansy doczekać objęcia ich opieką paliatywną.

Druga rzecz, która jest z tym związana. W wielu krajach na świecie działają mobilne zespoły opieki paliatywnej, wsparcia paliatywnego w szpitalach. Jeżeli pacjent wymaga opieki paliatywnej, można skonsultować go na miejscu. Wśród naszych rozwiązań w ogóle nie ma takiej możliwości. Chciałabym zapytać, czy państwo bierzecie pod uwagę stworzenie czegoś takiego. Hipotetycznie jest tak, że pacjent, który byłby oceniony na miejscu w szpitalu, który miałby ustawione leczenie, trafiając do domu mógłby zostać objęty opieką domową. W przypadku braku opieki domowej, limitów opieki domowej wydaje się, że jest to niezwykle ważne. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Proszę panie doktorze.

Stały doradca Komisji Rafał Sapuła:

Rafał Sapuła. Doradca Komisji.

Panie ministrze, również mam pytania dotyczące zarówno opieki paliatywnej, jak i opieki długoterminowej. Pierwsze dotyczy wprowadzenia do świadczeń gwarantowanych zawodu opiekuna medycznego. Chciałbym zapytać, czy państwo planujecie w porozumieniu z Ministerstwem Nauki i Szkolnictwa Wyższego stworzenie kierunku kształcenia opiekuna medycznego. Czy byłaby to formuła oparta na wcześniej zdobytym wykształceniu np. z zakresu pielęgniarstwa bądź fizjoterapii? Jest to pierwsze pytanie.

Drugie pytanie. W związku z tym, że potrzeby w zakresie medycyny paliatywnej rosną, czy analizowaliście państwo, jakie w przyszłości będzie zapotrzebowanie na tego typu usługi? Czy mamy wystarczającą liczbę podmiotów, które świadczą takie usługi? Nawiązuję do pytania pani profesor Tabis odnośnie do limitowania tychże usług.

Kolejne pytanie dotyczy stawek. Czy zamierzacie państwo... W dokumentach jest napisane niejednoznacznie. Czy stawki w ciągu dwóch lat będą wzrastać czy pozostaną na tym samym poziomie? Na str. 10 w jednym wersie jest napisane, że jednocześnie zaproponowano sukcesywne podnoszenie wartości taryf w ciągu dwóch kolejnych lat jako rozwiązanie mniej obciążające budżet płatnika. Natomiast w ostatnim wersie jest mowa o tym, że Rada do Spraw Taryfikacji zadecydowała o utrzymaniu taryf, niepodnoszeniu ich w ciągu dwóch kolejnych lat. Były to pytania dotyczące medycyny paliatywnej.

Kolejne odnoszą się do opieki długoterminowej. Na posiedzeniach Komisji kilkakrotnie podnosiliśmy problem kwalifikowania pacjentów do opieki długoterminowej oraz nieszczęsnej skali Barthel, która nie jest skalą doskonałą szczególnie tam, gdzie mamy do czynienia z pacjentem ze współistniejącym otępieniem. Chciałbym zapytać, czy w ministerstwie toczą się jakieś prace dotyczące zmiany zasad kwalifikacji pacjentów do opieki długoterminowej?

Kolejne pytanie. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji analizowała wycenę świadczeń w zakresie pacjentów objętych opieką połączoną z wentylacją mechaniczną. Czy była robiona taka ocena wobec pacjentów, którzy nie wymagali wentylacji?

Kolejne pytanie. Czy nie byłoby zasadne, żeby do wykazu lekarzy, którzy zajmują się opieką długoterminową, dołączyć np. lekarzy specjalistów rehabilitacji, anestezjologii, medycyny paliatywnej? Z jednej strony braki w tym zakresie są olbrzymie. Na przykład lekarz rehabilitacji może pracować z pacjentem wentylowanym mechanicznie, nie jest natomiast uwzględniony w pracy z pacjentami bez wentylacji mechanicznej, a przecież pacjenci objęci opieką długoterminową są to pacjenci niepełnosprawni. W związku z tym byłoby to jak najbardziej adekwatne. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Proszę.

Pełnomocnik Związku Miast Polskich Marek Wójcik:

Pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, panie ministrze, szanowni państwo, Marek Wójcik. Związek Miast Polskich.

Bardzo krótko. Po pierwsze, chciałbym poprzeć głos pani, która mówiła o ogromnym zróżnicowaniu regionalnym. Chciałbym podać państwu dane za rok 2015 w zakresie świadczeń, o których państwo rozmawiacie. W 2015 roku nakłady na 10 tys. uprawnionych w województwie wielkopolskim wyniosły 219 tys. zł, na Pomorzu 220 tys. zł. Na przeciwnym biegunie znajduje się Opolszczyzna, gdzie nakłady wyniosły 555 tys. zł, czyli dwa i pół razy więcej. Na Podkarpaciu wyniosły 506 tys. zł. Jest zatem pytanie do resortu, co państwo chcecie zrobić w zakresie poprawy dostępności do świadczeń, co moim zdaniem wcale nie oznacza wyrównywania w dół w stosunku do województw, które dzisiaj ponoszą nakłady rzędu 500 tys. zł na 10 tys. uprawnionych. Wręcz odwrotnie, powinno to być podnoszenie nakładów tam, gdzie są one niższe.

Skoro mowa o nakładach, od dwunastu, trzynastu lat mam przyjemność być przewodniczącym Rady Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Bardzo się cieszę, że udało się nam dogadać z dyrekcją oddziału. Zobaczcie państwo, że rok do roku mamy wzrost nakładów o 189%. Chciałbym bardzo wyraźnie powiedzieć, że stawki w przypadku hospicjów wzrosły niebywale. Teraz trzeba będzie szukać konsensusu pomiędzy automatycznym podnoszeniem stawek a zagwarantowaniem tylu co do tej pory pacjentów w leczeniu. Jeżeli stawka rośnie niemal dwukrotnie, a nakłady w danym województwie wzrastają np. o 40%, to jak państwo wiecie, matematyka jest nieubłagana. Jeżeli automatycznie podniesie się stawkę do maksymalnej, trzeba będzie ograniczyć liczbę pacjentów.

W związku z tym jako osoba, która nie jest rzecznikiem Ministra Zdrowia ani Narodowego Funduszu Zdrowia... Powtórzyć ostatnią tezę? Proszę uprzejmie. Stawka wyliczona przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w przypadku opieki hospicyjnej znacząco wzrosła. Nie mówię, że to źle, tylko wskazuję na pewne zjawisko. Stawka w stosunku do niektórych świadczeń wzrosła niemal dwukrotnie, a nakłady w poszczególnych województwach rok do roku wzrastają około 40%, średnio chyba czterdzieści kilka procent w skali całego kraju. Może to oznaczać, że w województwach staniemy przed wyborem, przed koniecznością ograniczania dostępności do świadczeń, ograniczania liczby świadczeniobiorców z tego powodu, że automatycznie zastosujemy wyższą stawkę. Powtórzę jeszcze raz, że nakłady nie wzrastają tak samo szybko jak stawka np. za osobodzień.

Jeżeli chodzi o nakłady, chciałbym prosić pana ministra o to, żeby odniósł się do kwestii dotyczących zakładów opiekuńczo-leczniczych, dlatego że w tym zakresie materiał przyjmujemy z ogromnym zdziwieniem. Rzeczą oczywistą jest, że w zakładach opiekuńczo-leczniczych mamy bardzo niską stawkę. Od wielu lat stawka ta się nie zmieniała – 1 czy 2 zł na przestrzeni pięciu lat to żaden wzrost. Jak czytamy w materiale, nie udało się dokonać prawdziwej analizy kosztów. Zobaczcie państwo, że z materiału wynika, iż fundusz wystąpił do Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Pielęgniarstwa Przewlekle Chorych i Niepełnosprawnych o przekazanie rzeczywistych kosztów ponoszonych w zakładach opiekuńczych i uzyskał odpowiedź tylko z jednego zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego w Toruniu. Dlatego pytam, na jakiej podstawie dzisiaj ustalane są stawki w zakładach opiekuńczo-leczniczych. Moim zdaniem są one absolutnie zaniżone. Jest prośba do resortu o to, żeby przyjrzeć się owym stawkom. Nie zachęcają one zarządzających szpitalami do otwierania kolejnych placówek, a wręcz odwrotnie, zniechęcają. Nawiasem mówiąc, według mojej wiedzy ekonomicznej zakład opiekuńczo-leczniczy, który ma mniej niż sześćdziesiąt, siedemdziesiąt łóżek, nie jest w stanie się zbilansować.

Ostatnia kwestia jest kompletnie drobna, ale ośmielam się o niej powiedzieć. Ponieważ jestem praktykiem w tym zakresie, mili państwo, chciałbym prosić resort o rozważenie drobnej rzeczy związanej z wymogami sprzętowymi w hospicjach. Zupełnie nie pojmuję, dlaczego wymogiem nie jest posiadanie w hospicjum wagi. Tak, wagi. Widzę, że moje wystąpienie wzbudziło emocje. Otóż drodzy państwo, według mojej wiedzy...

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Bardzo proszę nie dyskutować z panem. Pan przedstawi swoje pytania.

Pełnomocnik ZMP Marek Wójcik:

Jednym z podstawowych elementów oceny stanu zdrowia w przypadku niektórych schorzeń jest utrata wagi. Pacjent trafia do hospicjum, traci na wadze, ale nikt tego nie analizuje. W związku z tym pozwalam sobie nieśmiało zapytać, czy nie warto by było rozważyć obowiązku zważenia pacjenta w momencie, kiedy pojawia się w hospicjum i potem ważenia go co jakiś czas. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę o zachowanie powagi. Czy ktoś z państwa... Proszę? Nie odpowiadamy panu na pytania. Jest pan minister, są przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia. Bardzo proszę o zadawanie merytorycznych pytań. Bardzo proszę, pani.

Wojewódzki konsultant w dziedzinie medycyny paliatywnej na Mazowszu Magdalena Kwiatkowska:

Magdalena Kwiatkowska. Jestem lekarzem neurologiem i lekarzem medycyny paliatywnej.

Mam pytanie do państwa z Ministerstwa Zdrowia. W rozdziale 3 dotyczącym planowanych zmian przepisów z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej piszecie państwo w ten sposób, że na wniosek prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wprowadza się zmianę polegającą na włączeniu rozpoznania stwardnienia rozsianego do wykazu chorób nieuleczalnych z możliwością objęcia takich pacjentów opieką. Dla lekarzy jest to sprawa jasna, ale dla przypomnienia powiem, że stwardnienie rozsiane będące chorobą o nieznanej etiologii ma kod ICD-10 – G35. Tutaj się zgadzam, tylko że dalej piszecie państwo, iż świadczenia dla tych pacjentów stanowią aktualną praktykę kliniczną, dlatego że pacjenci ze stwardnieniem rozsianym mogą być objęci opieką paliatywną i hospicyjną w wyniku następstw zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego z kodem G09 oraz układowych zaników pierwotnych ośrodkowego układu nerwowego z kodami od G10 do G13. Pragnę zwrócić uwagę, że stwardnienie rozsiane ani nie jest chorobą stricte zapalną bądź następstwem chorób zapalnych, ani nie jest zanikiem pierwotnie układowym.

W związku z tym moje pytanie jest takie, skąd państwo powzięliście taką informację, skąd macie państwo taką obserwację, że jest to aktualna praktyka kliniczna, iż tacy pacjenci leżą w hospicjach? Tak naprawdę zakwalifikowanie pacjenta, który ma dwudziestoletnią dokumentację na stwardnienie rozsiane, gdzie powtarzany jest kod G35, przez lekarza do opieki hospicyjnej z możliwością położenia go do oddziału z kodem G09 to oczywiste poświadczenie nieprawdy z oczywistymi konsekwencjami, w ekstremalnej sytuacji także z wystawieniem karty zgonu. Schorzeniem wyjściowym nie jest czy to zanik układowy, czy to następstwa chorób zapalnych, tylko stwardnienie rozsiane. W związku z tym skąd państwa wiecie, że jest to aktualna praktyka kliniczna? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Czy jeszcze ktoś z państwa chciałby zadać pytanie? Bardzo proszę, panie przewodniczący.

Poseł Michał Szczerba (PO):

Pani przewodnicząca, panie ministrze, Wysoka Komisjo, na początek uwaga techniczna do pana ministra. Proponuję, żebyśmy w przyszłości rozdzielali kwestie dotyczące pacjentów dorosłych i dzieci, dlatego że Komisja ta powstała z myślą o osobach starszych. Ustawa o osobach starszych dokładnie precyzuje, w jakim wieku są to osoby. Jest to jedna kwestia. Łatwiej czyta się nam materiały, które dotyczą przedmiotu zainteresowania Komisji. Niekoniecznie musimy znać wymagania i standardy dotyczące opieki nad dziećmi opisane w materiałach, które otrzymujemy.

Istotna kwestia. Będę koncentrował się na standardach dotyczących zakładów opieki długoterminowej. Tak naprawdę możemy poczytać o kwestiach ustawowych. Pani doktor Elżbieta Falkiewicz pisze o tym szeroko. Myślę, że to nie jest ten moment, chociaż

w materiałach brakuje mi też elementu, który dotyczyłby ewentualnych proponowanych rozwiązań prawnych w odniesieniu do zakładów opieki długoterminowej.

Wydaje mi się jednak, że najważniejszy problem stanowią środki, powiedziałbym, bardzo duże niedoszacowanie rzeczywistych kosztów związanych z pobytem pacjentów. Generalnie przyjmuje się, że niedoszacowanie kosztów wynosi około 40% stawki za osobodzień. W materiale przekazaliście nam państwo informację, że Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia przedłożyła sugestię dotyczącą stawki na lata 2017-2018 w wysokości 80 zł. Wydaje się, że są to środki absolutnie niewystarczające, na zapewnienie tego, co powinno mieć miejsce, czyli i pielęgnacji, i rehabilitacji. Jest to jeden aspekt, który powinien wybrzmieć w efekcie naszego dzisiejszego spotkania. Niedoszacowanie to kwestia, która się powtarza. Nie możemy mówić o godnej starości w sytuacji, kiedy mamy świadomość tego, że środki przekazywane na zakłady opieki długoterminowej nie są środkami wystarczającymi. Innymi słowy, zaufanie obywateli i świadczeniodawców do państwa wymaga tego, żeby nie tworzyć sztucznych sytuacji, które zmuszają świadczeniodawców do pewnej, nazwałbym to, sztukaterii czy też wirtualnej sprawozdawczości. Myślę, że możemy to wprost powiedzieć na tym posiedzeniu Komisji, ponieważ posiedzenie to ma też taki cel.

W materiałach jest określony cel opieki długoterminowej i zakładów, które świadczą ową opiekę. Nacisk jest położony na pielęgnację, a jednocześnie na rehabilitację. Myślę, że powinniśmy podjąć dyskusję, a państwo jako resort powinniście przeanalizować, czy w ramach warunków realizacji świadczeń udzielanie świadczeń w zakładach w łącznym wymiarze dwóch etatów przeliczeniowych na trzydzieści pięć łóżek w zakresie pracy osoby prowadzącej fizjoterapię jest wystarczającym wymogiem. Nie jestem specjalistą w tym zakresie, ale wydaje mi się, że nie jest to taki standard, jakiego byśmy oczekiwali, jeżeli bierzemy pod uwagę osoby stale przebywające w łóżku oraz osoby, które mogą się poruszać, ale utrzymanie ich w tym stanie wymaga systematycznej pracy z fizjoterapeutą, z rehabilitantem.

Są to dwie kwestie, które chciałbym, żeby wybrzmiały w tym zakresie tematycznym, który państwo przedstawiliście. Proszę o odpowiedź pana ministra. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pani poseł.

Poseł Alicja Kaczorowska (PiS):

Poseł Alicja Kaczorowska. Prawo i Sprawiedliwość.

Panie ministrze, szanowni państwo, zaproszeni goście, mam pytanie w kontekście wypowiedzi pana z ligi miast. Oczywiście ma pan rację, że przy takim zapisie, w takim przedziale środków dostępność do opieki paliatywnej, zwłaszcza w hospicjach domowych, nie wzrośnie. Moje pytanie jest następujące. Czy nie należałoby wprowadzić średniego czasu pobytu w hospicjum domowym do dziewięćdziesięciu dni? Wtedy pacjentów, którzy są w lepszym stanie, można by było przepisywać do poradni. Wydaje mi się też, obserwuje się, iż w niektórych hospicjach średni czas pobytu osób w hospicjum domowym jest krótszy, ponieważ hospicja te prowadzą więcej osób umierających w ciężkim stanie. Są natomiast hospicja, gdzie średni czas pobytu jest dłuższy. Pewnie wynika to z tego, że nie wiadomo, co zrobić z takim pacjentem. Być może osoby te są zbyt wcześnie kwalifikowane do hospicjum domowego, a mogłyby być zaopatrywane w poradni medycyny paliatywnej. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Czy są jeszcze jakieś pytania? Czy ktoś z państwa chciałby zadać pytanie? Nie widzę zgłoszeń. Bardzo proszę przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, pana ministra, panią dyrektor, pozostałych państwa o udzielenie odpowiedzi na zadane pytania.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, będziemy się starali odpowiedzieć na pytania, chociaż częściowo to nie były pytania, tylko pewne wątpliwości, postulaty, uwagi w ramach pewnej dyskusji na temat zadania do wykonania. Przechodzę do rzeczy.

Mam wrażenie, że na dwa pierwsze pytania odpowiedział pan doktor jednocześnie z Łodzi i Warszawy, jak zrozumiałem. Rzeczywiście taka była intencja. Zresztą Ministerstwo Zdrowia musi działać na podstawie opinii ekspertów. Między innymi spotkanie kolegi, pana ministra Krzysztofa Łandy z państwem było asumptem do tego, żeby bardziej się temu przyglądać. Rzeczywiście była to spłonka do tego, żeby agencja zajęła się taryfikacją. Było to także pójście z stronę poprawienia finansowania tego rodzaju świadczeń.

Zarówno w wypowiedziach pani z wolskiej Rady Seniorów, jak i pana posła przewijał się wątek dotyczący rozgraniczenia w tym obszarze na osoby starsze i osoby nie starsze. Oczywiście Konstytucja RP nawołuje do tego, tylko że świadczenia są adresowane i do jednej grupy, i do drugiej grupy. Właściwie trzeba by się było zastanowić, na ile powinniśmy... Nie ma tutaj prostej odpowiedzi, dlatego że opieka paliatywna to człowiek umierający. Jak zauważył pan doktor, jest to okres terminalny. Czy jest jakieś kryterium różnicujące na dziecko i na osobę starszą? Wydaje mi się, że nie. Intencją pani z wolskiej Rady Seniorów było to, żeby zwrócić uwagę na odpowiednie funkcjonowanie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Jest próba realizowania tego, dlatego że w końcu dla osób przewlekle chorych i dla osób starszych jest wyższy wskaźnik. Jak rozumiem, jest to niewystarczające.

Być może trzeba by było uwzględnić to także w projekcie ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej. Będziemy teraz przeprowadzali pilotaż dotyczący rozwiązania w ramach podstawowej opieki zdrowotnej związanego ze zwiększeniem zakresu kompetencji, a także wymianą informacji pomiędzy lekarzem specjalistą a lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, tylko że akurat ten aspekt, na który pani zwraca uwagę, nie jest tam uwzględniony. Pewnie najlepszym atrybutem byłaby tu ucieczka technologiczna oraz możliwość komunikacji przez systemy telemedyczne. Niestety w skali całego systemu jeszcze nie ma takiego rozwiązania. Niemniej przyjmuję tę sugestię jako zwrócenie uwagi na pewną potrzebę związaną z funkcjonowaniem lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Trzeba też pamiętać o tym, że ma to pewien wymiar opieki społecznej. Nie wszystko w tym obszarze jest świadczeniem medycznym. To pierwsza sprawa.

Druga sprawa była poruszana przez panią z Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej. Chodziło o zróżnicowanie stawek w poszczególnych oddziałach. Rzeczywiście jest z tym problem. Proszę, żeby to, co powiem, przyjąć z pewnym zrozumieniem. Odnosząc się do tego formalnie, agencja nie określiła stawki, tylko określiła taryfę, czyli wartości względne, podając pewien poziom odniesienia. Formalnie rzecz ujmując, to nie jest cena. Cenę buduje płatnik. Analizując to formalnie, Narodowy Fundusz Zdrowia w poszczególnych oddziałach zachował się zgodnie z prawem. Stawki wynikają właśnie z tego. Tutaj dochodzi jeszcze problem, o którym mówił pan poseł Szczerba, czyli kwestia planu finansowego. Proszę państwa, jednak jest jakaś odpowiedzialność lokalna. Nie wiem, czy na poziomie centralnym należy zdecydowanie określić, że dokładnie tyle ma pójść na opiekę paliatywną, a tyle ma pójść na lecznictwo szpitalne. Jest to odpowiedzialność dyrektora oddziału w dyskusji z radą oddziału, ze środowiskiem lokalnym. Według mnie w każdym oddziale nie musi być dokładnie tak samo.

To, że stawki są różne, oczywiście jest to poważniejsze zagadnienie. Raczej tak nie powinno być. Wyjaśniam, z jakiego powodu tak jest w tej chwili. Jednak przeznaczenie środków ma wymiar... Chcielibyśmy, żeby było jak najwięcej pieniędzy na wszystko, tylko że niestety nie ma. Odpowiadając na tę wątpliwość, na to pytanie, wyjaśniam zagadnienia formalne. Niestety jest tak, jak powiedział pan Marek Wójcik. Rzeczywiście, kiedy podnosimy stawkę, może to ograniczyć liczbę świadczeń. Jak pan powiedział, matematyka jest bezlitosna, chociaż nie wiem, czy bezlitosna, ale pokazuje rzeczywistość. Na tym polega pewien dylemat każdego z dyrektorów oddziałów oraz pewne lokalne decyzje.

Kolejna sprawa była poruszona przez pana z Fundacji Alivia, jeżeli dobrze zapisałem, chociaż kiedy byliśmy na posiedzeniu innej komisji występował pan...

Rzecznik Fundacji Onkologicznej Osób Młodych Alivia Wojciech Wiśniewski:

Fundacja Onkologicznej Alivia.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Przepraszam bardzo, nie usłyszałem. Chodziło o kwestię opieki koordynowanej. Obecnie koszykowo powstają produkty opieki koordynowanej. W tej chwili mamy przyjęte dwa takie produkty. Pan występuje z wnioskiem, żeby do opieki koordynowanej dołączyć kobiety z rakiem piersi lub innym schorzeniem nowotworowym. Chodzi o wymiar hospicyjny. Decyzja w tym zakresie nie została podjęta, chociaż nie wiem, czy jest to dobre rozwiązanie. Jest to pewna wartość średnia, zdecydowanie jest to wartość średnia. Przepraszam, że tak powiem, ale mamy nadzieję, że kobiety te nie trafią do hospicjum, że wcześniej zostaną wyleczone. Jeżeli byłaby to opieka koordynowana... Opieka koordynowana wiąże się z ideą „leczmy za efekt". Jest to pewna próba. Tymczasem efektem opieki paliatywnej nie jest wyleczenie. Opieka paliatywna to poprawa, pomoc człowiekowi w jego ostatnim momencie życia. Pan doktor o tym wspominał. W takiej perspektywie odnoszę się do opieki koordynowanej. Stąd powstaje moja wątpliwość, czy rzeczywiście jest to adekwatne połączenie.

Kolejna sprawa. Mówił pan jeszcze o tym, że w noweli ustawy związanej z pakietem onkologicznym znalazła się kwestia zarządzania ministra, który może ustalać standardy. Generalnie idea jest taka, żeby wszystkiego nie robić od razu pod ścianą. Kiedy stwarzamy pewną fakultatywność, to w momencie kiedy zostanie to opracowane, będziemy wprowadzać. Taka jest idea, tak ją rozumiem. W nieskończoności jest tak, jak pan powiedział. Jeżeli opracujemy standardy – jest to bardzo ważna rzecz – będzie to pewien konsensus związany z doświadczeniem, z wiedzą medyczną. Kiedy konsensus zostanie osiągnięty, wtedy będziemy to wprowadzać.

Kolejne pytanie zadała pani profesor Wieczorowska z Poznania. Tak, zastanawiamy się nad tym, tylko że poruszamy się w zakresie wartości etycznych oraz dostępności do środków finansowych. Jest to też kwestia polityki związanej z funduszami europejskimi Policy Paper i oczekiwaniami Komisji Europejskiej w ramach realizacji programów operacyjnych, gdzie występuje instytucjonalizacja. Jest to właśnie ten kierunek, jak też wspieranie go ze środków europejskich. Domowa opieka paliatywna na pewno powinna być rozwijana.

Być może w tej chwili powinna paść istotna informacja, która nie jest przedmiotem państwa rozmowy, dlatego że rozmawiamy o wymiarze merytorycznym. W najbliższym czasie, w perspektywie dwóch czy trzech tygodni przez wszystkie oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia powinny zostać ogłoszone konkursy ofert właśnie w tym zakresie, w zakresie opieki długoterminowej i opieki paliatywnej obowiązującej od dnia 1 lipca 2017 roku. Zaraz wchodzimy w okres konkursowania. Myślę, że przy okazji naszego spotkania warto o tym powiedzieć, chociaż oczywiście formalne dokumenty nie zostały jeszcze opublikowane przez prezesa i dyrektorów. Niemniej taki jest kierunek. Rzeczywiście bierzemy pod uwagę kwestię ewentualnego poszerzenia opieki domowej, żeby była zwiększona dostępność.

Do kolejek za chwilę powrócimy.

Odpowiadam na kolejne pytanie w sprawie opiekunów medycznych. Nie planujemy zmian w tym zakresie.

W przypadku skali Barthel są prowadzone prace, ale są to prace na wstępnym etapie. Posługujemy się tą skalą właśnie dlatego, żeby wskaźnikować 80 zł, o których powiedział pan poseł, po to, żeby jednak oddawać charakter trudności opieki nad każdym pacjentem.

Kolejna kwestia dotyczyła koszyka, jak sobie zapisałem. Być może to pan o to zapytał. Chodziło o sprawę określenia koszyka. Pewnym istotnym priorytetem działania Ministra Zdrowia – jest to też kwestia gromadzenia odpowiednich zasobów – jest znaczna zmiana koszyków, dopracowanie koszyków. Wymaga to sporo pracy. Nie jest to ruch od ręki. Jest to praca w perspektywie roku, żeby perspektywę koszykową w ogóle nieco poprawić. Mogę odpowiedzieć w ogólny sposób. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w konsekwencji, a nawet nie w konsekwencji, w tej chwili będzie się zajmowała taryfikacją.

Kolejna sprawa była podniesiona chyba przez pana Marka Wójcika. Powiedziałem już, z czego bierze się zróżnicowanie. Jeżeli chodzi o wagę, nie wiem, czy mam na to odpowiadać. Powinna być prowadzona ocena stanu odżywienia. Jeżeli jest ocena stanu odżywie-

nia, to nie wiem. Wydaje mi się natomiast, że jeżeli konsultanci lub osoby merytoryczne uważają, że powinna być waga, to po prostu oczekujemy takiego wystąpienia. Zostanie to uwzględnione. Nie sądzę, żeby wprowadzenie takiego zapisu stanowiło problem.

Kolejna sprawa. Wcześniej wypowiadała się pani doktor, chociaż szczerze mówiąc, nie zapamiętałem pani tezy, a właściwie pytania. Jasne, chodziło o przypadek SM. Czy fundusz ma coś do powiedzenia w tej sprawie?

Kierownik Sekcji Opieki Długoterminowej, Paliatywnej, Hospicyjnej i Zaopatrzenia w Wyroby Medycznej Narodowego Funduszu Zdrowia Krystyna Łakomska:

Jak wynika z treści materiału, pochodzi to z Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Agencja pytała środowisko ekspertów, czy to zakwalifikować i na jakiej podstawie. Nie jest to opracowanie Ministerstwa Zdrowia, tylko wynika z opinii agencji.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Jeżeli uważacie państwo, że jest to błędna ocena, to poprosimy o wystąpienie chyba bezpośrednio do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Dyrektor departamentu MZ Sylwia Lis:

Chciałabym dodać, że jest to o tyle istotne, że tak naprawdę informacja ta posłużyła też do określenia skutków finansowych wprowadzenia zmiany. Jeżeli Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji uznała, że część świadczeń była rozliczana, to znaczy, że zasadniczo zmienią się skutki finansowe rozporządzenia. A więc tym bardziej jest to dla nas ważna informacja.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Bardzo proszę mówićdo mikrofonu.

Ekspert Pracodawców RP, dyrektor Fundacji Hospicjum Onkologicznego św. Krzysztofa w Warszawie Rafał Krajewski:

Rafał Krajewski. Ekspert Pracodawców RP. Prowadzę Hospicjum Onkologiczne św. Krzysztofa w Warszawie. Reprezentuję Fundację Hospicjum Onkologiczne św. Krzysztofa.

O ile znam metodologię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, to liczyła to według metodologii analizy mikrokosztów, nie skutków finansowych. Dziękuję.

Dyrektor departamentu MZ Sylwia Lis:

Nie, nie. To tak. Chodziło mi tylko o to, czy kiedy podaje się koszty globalne, to do grupy uprawnionych dołącza się nowych pacjentów – dla opieki paliatywnej będzie to większy koszt, ponieważ dojdzie nowa grupa pacjentów – czy też są to pacjenci już objęci opieką paliatywną, tylko że pod innymi rozpoznaniami. Z tego, co powiedziała pani doktor, wynika, że będą to zupełnie nowi pacjenci.

Asystent w Pracowni Medycyny Paliatywnej Katedry Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, kierownik medyczny Ośrodka Hospicjum Domowe Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Zgromadzenia Księży Marianów Tomasz Dzierżanowski:

Jedno zdanie. Tomasz Dzierżanowski.

Do oceny nie była brana liczba pacjentów, tylko pacjent neurologiczny oraz przebieg opieki nad takim pacjentem.

Dyrektor departamentu MZ Sylwia Lis:

Tu mówimy o koszcie jednostkowym. Natomiast mnie chodzi o koszt globalny dla płatnika, czy są to ci sami pacjenci, którzy byli, czy nowi. Było to brane jako ci pacjenci, którzy byli. Tak to było przedstawiane.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Myślę, że nie jest to temat, który w tej chwili powinniśmy drążyć. Jeżeli natomiast państwo uważacie, że jest to błędne, to prosimy o wycenę, chociaż właściwie nie tyle o wycenę, co o przedstawienie stanowiska i skierowanie go do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, która jest tutaj właściwym organem.

Kolejna kwestia była związana z rehabilitacją w zakładach opiekuńczo-leczniczych. Chciałbym przypomnieć o pewnym projekcie finansowanym z funduszy europejskich,

gdzie mamy rehabilitację, tylko że nie w zakładach opiekuńczo-leczniczy. Powiedziałbym, że jest to skierowane dla osób w lepszym stanie, dlatego że nie są to pacjenci leżący. Projekt ten ma również posłużyć temu, żeby zobaczyć, jakie są efekty. Czy odpowiadając bezpośrednio fundusz ma coś do powiedzenia w tej sprawie? Czy ma coś do powiedzenia w sprawie rehabilitacji w zakładach opiekuńczo-leczniczych?

Kierownik sekcji NFZ Krystyna Łakomska:

Do tej pory nie mieliśmy zgłoszenia, że rehabilitacji w zakładach opiekuńczo-leczniczych jest za mało. Nie było takich wniosków. Przy zmianie zarządzenia również nie było takich wniosków. Trzeba mieć również na uwadze fakt, że są to pacjenci ciężko chorzy. Niejednokrotnie rehabilitację wykonują także pielęgniarki, które są do tego uprawnione. Wynika to z przepisów. Chodzi o to, do jakich świadczeń są uprawnione bez zlecenia lekarskiego. Nie tylko rehabilitant ćwiczy z pacjentem, usprawnia pacjenta, zapobiega zanikom mięśniowym, zastojom stawowym, ale także cały zespół pielęgniarski. Jeżeli będą takie wnioski, jeżeli będą uzasadnienia, jeżeli będą one wpływały do Ministerstwa Zdrowia, podejrzewam, że trzeba będzie rozważyć taką możliwość, z tym że sugeruję zwrócić uwagę na to, że porównując oddziały stricte rehabilitacji leczniczej, liczba rehabilitantów w zakładach opiekuńczo-leczniczych nie jest za mała.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Bardzo proszę, panie przewodniczący. Momencik, panie doktorze.

Poseł Michał Szczerba (PO):

Zanim pani przewodnicząca odda głos panu doktorowi Sapule, chciałbym powiedzieć, że będziemy jednak składać w tej sprawie dezyderat. Będziemy prosili o współpracę również naszych stałych doradców. Docierają do nas głosy, że dwa etaty rehabilitanta, fizjoterapeuty na trzydzieści pięć łóżek to zdecydowanie za mało.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Bardzo proszę, panie doktorze.

Stały doradca Komisji Rafał Sapuła:

Jeszcze raz Rafał Sapuła. Doradca Komisji.

Mam jeszcze jedną uwagę, która zapewne w istotny sposób może pomóc pacjentom w zakładach opiekuńczo-leczniczych. Granica czterdziestu punktów w skali Barthel często dla owych osób stanowi dramat. Ktoś ma czterdzieści pięć punktów i musi być wypisany. Taki pacjent trafia do swojego środowiska. W tym momencie jest pewien apel o koordynowanie działań na granicy dwóch ministerstw, w tym Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, żeby w jakiś sposób pacjenta natychmiast objąć opieką domową, opieką społeczną, medyczną, środowiskową przez lekarza rodzinnego, dlatego że tacy pacjenci w swoim środowisku niestety bardzo szybko się pogarszają, szczególnie tam, gdzie nie mają zapewnionej opieki. Dlatego apeluję o zastanowienie się nad możliwością koordynacji działań w zakresie opieki nad takimi osobami. Zresztą tak naprawdę wielu pacjentów nie chce się usprawnić w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, dlatego że po prostu chcą tam być, ponieważ nie mają gdzie pójść, nie mają domu, są samotni itd. Dziękuję bardzo.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Mogę powiedzieć, że zgadzam się z panem w sensie opisu sytuacji.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo.

Poseł Alicja Kaczorowska (PiS):

Jeszcze moje pytanie.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Gdzieś umknęło pytanie pani poseł. Jeszcze pan. Dobrze. Najpierw pani poseł. Proszę przypomnieć pytanie.

Poseł Alicja Kaczorowska (PiS):

Chciałabym prosić pana ministra o ustosunkowanie się do propozycji dotyczącej hospicjów domowych. Chodzi o to, żeby w warunkach znalazło się odniesienie do średniego czasu przebywania pacjenta w opiece domowej do dziewięćdziesięciu dni.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Proszę państwa, środek do tego stanowi koszyk.

Poseł Alicja Kaczorowska (PiS):

Panie ministrze, chodzi o to, że ogólna liczba osób objętych rocznie opieką przez różne hospicja domowe przy takich samych środkach przeznaczanych na poszczególne hospicja jest różna. Jedno hospicjum za tę samą kwotę opiekuje się stu pięćdziesięcioma chorymi rocznie, a inne hospicjum dwustoma pacjentami, albo nawet dwustu pięćdziesięcioma, dlatego że w jednych hospicjach przepływ chorych jest bardzo duży. Hospicja te rzeczywiście opiekują się chorymi w fazie umierania. Gdzie indziej chorzy przebywają w hospicjum dłużej. Takie hospicjum obejmuje swoją opieką mniejszą liczbę chorych. Jeżeli hospicja opiekują się w roku mniejszą liczbą chorych, to dostępność do hospicjów jest mniejsza, co przekłada się na ogólną dostępność do hospicjów domowych. Dlatego uważam, że dobrze byłoby wprowadzić, że średni czas przebywania, leczenia, opieki w hospicjum domowym wynosi dziewięćdziesiąt dni.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję, pani poseł. Przepraszam, jeszcze pan doktor. Tak?

Asystent w Pracowni Medycyny Paliatywnej Katedry Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, kierownik medyczny Ośrodka Hospicjum Domowe Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Zgromadzenia Księży Marianów Tomasz Dzierżanowski:

Tak, ponieważ może to być pomocne dla pana ministra. Środowisko medycyny paliatywnej będzie mocno przeciwne takiemu rozwiązaniu. Kieruję hospicjum, które rocznie ma 1400 pacjentów. Mniej więcej tylu umiera. W żadnym wypadku nie możemy wprowadzić takiego rozwiązania, nie możemy wprowadzić średniej, dlatego że pacjenci, którzy trafiają do nas do opieki domowej, są kwalifikowani na podstawie objawów. Bardzo chętnie wypisujemy ich do poradni. Proszę jednak zauważyć, że poradni mamy w Polsce tylko kilkadziesiąt, dlatego że były one niedofinansowane. Jedna poradnia jest w Warszawie, a druga jest w Płocku. Są dwie poradnie w województwie mazowieckim. W Warszawie jest jedna. Proszę o tym pamiętać. Hospicja nie mają gdzie wypisać pacjentów. Poza tym proszę mi powiedzieć, co zrobić z pacjentem, który ma głębokie rany odleżynowe. Będzie je miał niezależnie od tego, czy będzie trzy miesiące, czy cztery miesiące, czy pięć miesięcy, ponieważ jest niedobiałczony, ponieważ jest to senior, osoba starsza, osoba wyniszczona. Po prostu nie ma możliwości, żeby coś takiego zrobić.

Wspomnę tylko o jednej rzeczy. W dokumencie, który mają państwo u siebie, jest wspomniana karta kwalifikacji, którą miałem przyjemność opracować, zaproponować razem z ekspertami, razem z profesor Gałuszko, doktorem Pakoszem. Obecnie robimy pilotaż w moim hospicjum. Będzie on również u pani konsultant krajowej i w innych miejscach. Karta kwalifikacji ma być w ogóle odejściem od wymienionych tutaj kilku jednostek chorobowych, ponieważ stoją one absolutnie w poprzek wszelkim rekomendacjom światowym. Jest to karta kwalifikacji i dyskwalifikacji. Jeżeli będzie taka konieczność, pacjent będzie objęty opieką bezterminowo. Jeżeli wiemy, że jest to ostatnia faza, nonsensownym byłoby go dyskwalifikować czy jeszcze raz kwalifikować. Są jednak pacjenci, którzy się poprawiają. Leżą, przepraszam, nie leżą, ale są pod opieką sześć miesięcy, a potem można ich przenieść wypełniając kartę kwalifikacji. Myślę, że wyniki pilotażu – na razie dobrze to wygląda – przedstawimy w marcu na konferencji „Opieka paliatywna w Polsce 2017", która będzie w Warszawie w Hotelu Forum.

Dodam tylko jeszcze jedną rzecz dla państwa, którzy zechcą do tego sięgnąć. Wczoraj ukazał się najnowszy numer „Medycyny Paliatywnej", w którym znalazł się artykuł popełniony przez panią doktor Ciałkowską i przeze mnie na temat stanu opieki paliatywnej w 2014 roku. Są to najnowsze dane z mapami, nakładami, liczbami. Oferujemy

to państwu. Jeżeli ktoś będzie chciał, proszę się zgłosić. Wyślemy czy to w formie PDF, czy w innej.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Proszę, pani poseł.

Poseł Alicja Kaczorowska (PiS):

Dziękuję za kontrargument, ale chciałabym powiedzieć, że jest to średni czas przebywania pacjenta w hospicjum domowym. Średni czas, co oznacza, że jeden pacjent będzie przebywał jeden dzień, w związku z czym kolejny pacjent będzie mógł przebywać sześć miesięcy. Nie może być jednak tak, że osoby umierające nie mogą dostać się do hospicjum, dlatego że czas jest przedłużany. Przecież jest jakiś rozkład procentowy i mniej więcej można wyliczyć, ilu jest chorych z odleżynami, ilu jest chorych cierpiących na inne objawy, a ilu jest chorych umierających. Wydaje mi się, że średni czas wynoszący dziewięćdziesiąt dni – można go zwiększyć np. do stu dwudziestu – powinien być wprowadzony, dlatego że w takiej sytuacji osoby, które są w bardzo ciężkim stanie, umierają w ogóle bez pomocy.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, pani poseł. Poproszę jeszcze pana i będziemy kończyć dyskusję. Czy pani ma jeszcze jakieś pytanie?

Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej Aleksandra Ciałkowska-Rysz:

Chciałabym odpowiedzieć pani poseł.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Nie będziemy już tutaj prowadzić dyskusji. Może w kuluarach po zakończeniu posiedzenia. Bardzo proszę. Pan chciałby się odnieść.

Pełnomocnik ZMP Marek Wójcik:

Pani przewodnicząca, nadzwyczaj krótko. Z uporem będę prosił pana ministra o odpowiedź dotyczącą finansowania zakładów opiekuńczo-leczniczych, ponieważ nie odniósł się pan do kwestii potencjalnego wyliczenia faktycznych kosztów pobytu w zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz możliwości przeszacowania aktualnej stawki. Bardzo proszę o odniesienie się do tego. Dziękuję.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji pracuje nad taryfą. Według dostępnych informacji, do końca czerwca powinna ona być ustalona.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę jeszcze chwileczkę. Stwierdzam, że Komisja przyjęła informacje do wiadomości.

Dziękuję przedstawicielom Ministerstwa Zdrowia, dziękuję panu ministrowi. Dziękuję przedstawicielom Narodowego Funduszu Zdrowia. Dziękuję panom i paniom posłom. Dziękuję zaproszonym gościom. Zamykam dyskusję oraz posiedzenie Komisji. Dziękuję bardzo.